



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Manejo anestésico para cirurgia de atresia de esôfago em um recém-nascido com síndrome de Goldenhar

Rosana Guerrero-Domínguez^{a,*}, Daniel López-Herrera-Rodríguez^a,
Inmaculada Benítez-Linero^a e Antonio Ontanilla^b

^a Serviço de Anestesiologia e Reanimação, Hospitais Universitários Virgen del Rocío, Sevilha, Espanha

^b Serviço de Anestesiologia e Reanimação, Hospital Infantil, Hospitais Universitários Virgen del Rocío, Sevilha, Espanha

Recebido em 3 de julho de 2013; aceito em 25 de julho de 2013

Disponível na Internet em 8 de maio de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome de
Goldenhar;
Fístula
traqueoesofágica;
Atresia de esôfago;
Via respiratória
difícil;
Fibrobroncoscópio

Resumo

Justificativa e objetivos: A síndrome de Goldenhar é um quadro de polimalformação que consiste em uma disostose craniofacial que determina uma via respiratória difícil em até 40% dos casos. Nós descrevemos um caso de um recém-nascido com síndrome de Goldenhar com atresia de esôfago e fístula traqueoesofágica para a qual foi feita cirurgia de reparo.

Relato de caso: Apresentamos o caso de um recém-nascido de 24 horas de vida com síndrome de Goldenhar. Ele apresentava atresia de esôfago, com fístula traqueoesofágica distal. Decidiu-se por uma cirurgia de emergência para reparo. Ela foi feita sob sedação, intubação com fibrobroncoscópio distal à fístula, para limitar passagem do ar para o esôfago e possível distensão abdominal. Após o reparo completo da atresia de esôfago e ligadura da fístula, o paciente foi transferido para a unidade de terapia intensiva e intubado com sedoanalgesia.

Conclusões: O achado de um paciente com síndrome de Goldenhar e atresia de esôfago supõe uma situação excepcional e um desafio para os anestesiológicos, pois o manejo anestésico depende da comorbidade do paciente, do tipo de fístula traqueoesofágica, da prática hospitalar habitual e das habilidades do anestesiológico responsável, sendo que a peculiaridade principal é manter uma ventilação pulmonar adequada na presença de uma comunicação entre a via respiratória e o esôfago. A intubação com fibrobroncoscópio distal à fístula resolve o manejo da via respiratória provavelmente difícil e limita a passagem de ar para o esôfago através da fístula.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: rosanabixi7@hotmail.com (R. Guerrero-Domínguez).

KEYWORDS

Goldenhar's syndrome;
Tracheoesophageal fistula;
Esophageal atresia;
Difficult airway;
Fibrobronchoscope

Anesthetic management for surgery of esophagus atresia in a newborn with Goldenhar's syndrome

Abstract

Background and objectives: Goldenhar's syndrome is a polymalformative condition consisting of a craniofacial dysostosis that determines difficult airway in up to 40% of cases. We described a case of a newborn with Goldenhar's syndrome with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula who underwent repair surgery.

Case report: We report the case of a 24-hour-old newborn with Goldenhar's syndrome. He had esophageal atresia with distal tracheoesophageal fistula. It was decided that an emergency surgery would be performed for repairing it. It was carried out under sedation, intubation with fibrobronchoscope distal to the fistula, to limit the air flow into the esophagus, and possible abdominal distension. Following complete repair of the esophageal atresia and fistula ligation, the patient was transferred to the intensive care unit and intubated under sedation and analgesia.

Conclusions: The finding of a patient with Goldenhar's syndrome and esophageal atresia assumes an exceptional situation and a challenge for anesthesiologists, since the anesthetic management depends on the patient comorbidity, the type of tracheoesophageal fistula, the usual hospital practice and the skills of the anesthesiologist in charge, with the main peculiarity being maintenance of adequate pulmonary ventilation in the presence of a communication between the airway and the esophagus. Intubation with fibrobronchoscope distal to the fistula deals with the management of a probably difficult airway and limits the passage of air to the esophagus through the fistula.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A síndrome de Goldenhar (SG) ou displasia óculo-aurículo-vertebral foi primeiramente descrita por Von Arlt em 1845.¹ Trata-se de um quadro de polimalformação devido a defeitos do primeiro e segundo arcos branquiais¹ que consiste em uma disostose craniofacial, em que se observam anomalias oculares e nas vértebras cervicais, malformações dos pavilhões auriculares e microtia unilateral, assimetria facial, micrognatia,² cistos dermóides epibulbares¹ e outras alterações da cavidade oral, tais como fenda palatina e alteração lingual.^{3,4} Embora a incidência de SG seja estimada em um em cada 5.000 recém-nascidos vivos,^{2,4} a associação de atresia de esôfago (AE) a essa condição só ocorre em 5% desses pacientes¹ e trata-se de uma combinação excepcional.

Caso clínico

Apresentamos um caso de um recém-nascido de 24 horas de vida e peso de 3,2 kg, com microtia unilateral esquerda (fig. 1), ureteroceles bilaterais e atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica (FTE) distal. Decidiu-se por uma cirurgia de emergência para reparo da AE e fístula associada. No exame das vias respiratórias, foi encontrada micrognatia discreta e dificuldade de abertura da boca. Como exames complementares pré-operatórios, foram feitos radiografia de tórax com sonda nasogástrica que confirmou o diagnóstico (fig. 2), hemograma, bioquímica e coagulação, ecocardiografia transtorácica e eletrocardiograma e não foram encontradas alterações.

Na sala de cirurgia o monitoramento foi feito com pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso (SpO₂) e eletrocardiograma. Sob sedação com sevoflurano a 2%, através de um acesso venoso por cateter epicutâneo foi administrada atropina 0,1 mg iv para reduzir as secreções da orofaringe e 10 µg de fentanila. Com o paciente em ventilação espontânea o fibrobroncoscópio foi introduzido pela boca até encontrar a abertura da glote e inseriu-se um tubo rígido de 3,5 mm de diâmetro, posicionado distal à FTE e perto da carina principal. A colocação correta do tubo endotraqueal (TET) foi confirmada por capnografia e ausculta pulmonar e iniciou-se ventilação mecânica controlada a volume com volume



Figura 1 Paciente com síndrome de Goldenhar que apresenta microtia unilateral esquerda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749039>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749039>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)